

給与支払見込証明書

勤務者氏名

【証明者の方へ】太枠内をすべて記入願います。

就職年月日	年 月 日	職名 (役職名)				
2024年1月以降～2024年12月までの給与支払（見込）額						
支払期間 (見込みを含め、2024年12月分までの記入願います)	給与支払総額 (A)	賞与支払総額 (B)	支払（見込）総額 (A+B)			
年 月 ～ 2024年 12月 まで	円	円	円			
最近の月収（又は見込額）		※賞与がない場合は、「0」（ゼロ）と記入してください。				
年 月	円					
扶養家族 除名 申告	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢
	①			④		
	②			⑤		
	③			⑥		

この証明書は、奨学金の選考にのみ使用するものであり、証明の対象となる方の今後の労働条件を保証するものではありません。

上記のとおりであることを証明します。	
年 月 日	
住所(所在地)	
勤務先(名称)	
代表者氏名	印
電話番号	

出願者氏名

※ご記入いただいた情報は奨学金業務のために使用し、その他の目的には使用しません。